ZUR OPERATION

DER

RETROPHARYNGEAL-ABSCESSE.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM VON

DR. P. VON BRUNS

O. Ö. PROF. DER CHIRURGIE UND VORSTAND DER CHIRURG. KLINIK IN TÜBINGEN

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT ZU TÜBINGEN

VORGELEGT VON

ERNST HAAS

AUS ESSLINGEN.

TÜBINGEN 1898

VERLAG DER H. LAUPP'SCHEN BUCHHANDLUNG.

ZUR OPERATION

DER

RETROPHARYNGEAL-ABSCESSE.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM VON

DR. P. VON BRUNS

O. Ö. PROF. DER CHIRURGIE UND VORSTAND DER CHIRURG. KLINIK IN TÜBINGEN

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT ZU TÜBINGEN

VORGELEGT VON

ERNST HAAS

AUS ESSLINGEN.

ACAD.
LUGD.BAT
BIBL.

TÜBINGEN 1898

VERLAG DER H. LAUPP'SCHEN BUCHHANDLUNG.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552301_0142

Während bis zum Jahre 1877 die Eröffnung der retropharyngealen Abcesse ausschliesslich vom Munde aus vorgenommen wurde, ist seither mehrfach und mit den besten Erfolgen ein den Principien der antiseptischen Wundbehandlung mehr entsprechender Weg eingeschlagen worden, nämlich die Incision von aussen, von der seitlichen Halsgegend aus.

John Chiene war im Jahr 1877 der Erste, welcher diesen Weg einschlug und die Incision am hinteren Rande des Kopfnickers anlegte; nach seinem Vorgange hat später namentlich Watson Cheyne das Verfahren wiederholt geübt. Im Jahr 1888 schlug H. Burkhardt, dem dieser Vorgang nicht bekannt war, gleichfalls die Eröffnung vom Halse aus vor, empfahl jedoch die Incision am vorderen Rande des Kopfnickers.

Die meisten der seither veröffentlichten Fälle von Retropharyngealabscessen sind nach dem letztern Verfahren operirt worden. Dagegen gibt Herr Prof. v. Bruns der Eröffnung hinter dem

Kopfnicker nach Chiene als dem rationelleren Verfahren entschieden den Vorzug und hat mir die Veröffentlichung des nachstehenden Falles, in welchem dieses Verfahren sich ausserordentlich bewährt hat, gütigst überlassen.

Gustav F., 1¼ Jahre alt, aus Pf., war noch nie krank. Anfangs November 97 bemerkte die Mutter, dass das Kind an der r. Halsseite unterhalb des Ohres eine Geschwulst bekam; dabei sei das Kind viel unruhiger geworden, habe bei Nacht nur mehr wenig geschlafen und sechs Wochen lang den Kopf nicht mehr drehen können; es habe den Kopf etwas nach rechts gewendet gehalten. Die Geschwulst sei allmählich grösser geworden. Während früher das Kind ganz ruhig und frei atmen konnte, ist seither die Atmung beengt und namentlich in den letzten 14 Tagen noch mehr behindert. Das Kind sei ziemlich abgemagert, da es nur wenig Nahrung mehr zu sich nehme.

Status praesens: Etwas abgemagertes, hoch fieberndes Kind. Herz und Lungen gesund. Am hinteren Rand des rechten Kopfnickers sieht man eine flache, von normaler Haut bedeckte Vorwölbung. Das Kind atmet schwer, hat namentlich nachts ziemlich häufig Erstickungsanfälle. Bei der Palpation findet man die oberflächlichen Cervicaldrüsen am hinteren Kopfnicker-Rand geschwollen vom Proc. mastoid. bis zur Grenze des mittleren und unteren Drittels des Halses; es sind sehr zahlreiche Drüsen von Linsen- bis Bohnengrösse. Unter denselben fühlt man noch eine weiche Vorwölbung. Beim Oeffnen des Mundes findet man die rechtsseitige Rachenwand stark vorgewölbt, bis etwa zur Mittellinie. Auch die Gegend der rechten Tonsille und die Gaumenbögen sind nach innen gedrängt. Die Vorwölbung scheint ziemlich weit nach abwärts zu reichen, giebt deutliche Fluktuation. Die Gegend hinter dem Sterno-cleidomastoid. wird bei Druck auf die innere Geschwulst nicht deutlich vorgewölbt.

22. I. 98: In leichter Chloroformnarkose Schnitt am hinteren Rande des Sterno-cleidomastoid., etwas unterhalb des Proc. mastoid. beginnend und bis 1½ Querfinger oberhalb der Clavicula reichend. Man kommt gleich auf ein Packet kleiner Drüsen, die am hinteren Rand des Muskels liegen; sie sind weich, nicht vereitert, nicht verkäst. Nach Ausräumung von mehr als einem Dutzend Drüschen, wobei ein grösserer Cervicalnerv geschont wird und die Vena jugularis weit nach vorne liegen bleibt, kommt man auf eine sehr deutlich fluktuierende Vorwölbung, die bei Punktion milchigen Eiter ergiebt. Incision des Abscesses; es entleert sich eine grosse Menge Eiter (etwa 100 ccm), der eine milchige Farbe hat und dünnflüssig ist. Mit dem Finger kommt man vor der Wirbelsäule bis auf die andere Seite bis zum l. Rand der Wirbelkörper. Ein Knochenherd ist nirgends zu finden. Einlegen eines kurzen Drains. Schluss der Wunde im Uebrigen durch einfache Hautnähte. Airolpaste. Aseptischer Verband.

Bei der Operation hatte man den Eindruck, dass der in diesem Fall

gewählte Weg der denkbar einfachste war. Man kam ohne jede Schwierigkeit und mit Vermeidung aller gefährlichen Nebenverletzungen (grosse Gefässe) mit Leichtigkeit auf den Abscess.

23. I. Kind ist munter und atmet leicht. Temp. fällt. — 26. I. Temperatur fast normal. Das Kind ist ganz verändert, munter und artig. Nähte entfernt. Drain belassen. Prima intentio. Trockener Verband. — 30. I. Verbandwechsel täglich. Starke Sekretion. Kind fieberfrei und munter. — 14. II. Drain entfernt, da Secretion nur noch ganz unbedeutend. Niemals Fieber. 16. II. Nach Anlegung eines trockenen Schutzverbandes wird Patient entlassen.

Bei einer am 31. März vorgenommenen Untersuchung des Patienten giebt der Vater an, dass sich die Fistel vor 4 Wochen geschlossen habe. Es ist jetzt nur noch eine leicht gerötete, in ihren untern 2 Dritteln linienförmige, sehr schmale Narbe zu sehen. Das Kind ist vollständig gesund.

Wenn ich im Folgenden auf die Frage der operativen Behandlung der Retropharyngeal-Abscesse näher eingehe, so werde ich versuchen, die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Frage zu beleuchten. Zu diesem Zwecke erscheint es geeignet, die bisherigen Publikationen in ihrer zeitlichen Folge aneinander zu reihen.

Im Jahre 1877 berichtete John Chiene auf der 45. Jahresversammlung der British Medical Association in Manchester[1]) über die Operation eines Retropharyngeal-Abscesses mittelst Eröffnung am hinteren Rande des Kopfnickers.

„Patient litt an akuter Cervicalerkrankung, die von einem grossen im Munde vorspringenden Abscess begleitet war. Chiene eröffnete den Abscess seitlich am Hals, indem er hinter dem R. Sterno-cleido-mastoid. und der Carotis einging. Entleerung von 8 Unzen Eiter. Antiseptische Behandlung. Einführen einer $4^1/_2$ Zoll langen Drainageröhre und Immobilisierung des Kopfes. Entfernung der Röhre nach 8 Wochen. Patient konnte nach $3^1/_2$ Monaten seinen Kopf ohne Schmerz bewegen.“ Es handelte sich um eine Unregelmässigkeit der Proc. spinos. des III. IV., und V. Halswirbels bei intakter hinterer Pharyngealwand.

Nach dem Vorgange von Chiene eröffnete Boéchat[2]) im Jahr 1880 einen Retropharyngeal-Abscess von aussen und unter Anwendung antiseptischer Kautelen.

Bei der Operation wurde eine 8 cm lange Incision am hinteren Rand des M. Sterno-cleido-mastoid., am Proc. mast. beginnend, angelegt, dann drang B., sich sehr genau an die vordere Fläche der Wirbelsäule haltend, ohne besondere Schwierigkeit bis zur lateralen Wand des Abscesses,

1) British Medical Journal 1877. S. 255.
2) Centralblatt für Chirurgie 1881. S. 313.

welcher gespalten und drainiert werde. Die Wirbel waren nicht erkrankt. Strenge Lister'sche Behandlung. Heilung innerhalb 20 Tagen.

Boéchat empfiehlt diese Methode zur Eröffnung der Retr.-Absc., weil allein durch sie eine antiseptische Behandlung ermöglicht werde, was bei Abscessen infolge von Spondylit. cervical. von Bedeutung sei.

Ein weiterer, nach der oben beschriebenen Methode operierter Fall von Retropharyngeal-Abscess ist von Watson Cheyne[1]) veröffentlicht.

Der 42 Jahre alte Patient verspürte 5 Wochen vor seiner Aufnahme in's Spital ohne besondere Ursache Schmerzen im Hals, einige Tage später Schluck- und Atembeschwerden. 14 Tage lang steigerten sich die Beschwerden, liessen dann wieder nach den Aussagen des Patienten etwas nach. Bei seiner Aufnahme hatte Patient noch grosse Schluck- und Atembeschwerden. Stimme heiser. Fauces entzündet. Wallnussgrosse Schwellung hinten im Pharynx, die sich straff anfühlt, fluktuiert. An der Aussenseite keine Schwellung. Rechte Gesichtshälfte mehr gerötet wie die linke. Patient expektoriert viel zähe, schleimig-eitrige Flüssigkeit.

Operation in vorsichtiger Chloroformnarkose. Etwa 2 Zoll lange Incision am hintern Rand des Sterno-cleido-mast., 1 Zoll unterhalb des Proc. mast. beginnend. Sorgfältige Durchtrennung der tiefen Cervicalfascie. Durch stumpfe Loslösung des zarteren Gewebs mit dem Finger wird ein Zugang bis hinten an den Pharynx geschaffen. Eröffnung des Abscesses und Entleerung von ca. $1^1/_2$ Unzen Eiter. Sofort wurde die vorher stridoröse Atmung normal. Sorgfältige Untersuchung der Wirbel mit dem Finger, ohne etwas Anormales an diesen zu finden. Einführen einer weiten, 4 Zoll langen Drainageröhre. Antiseptische Toilette der Wunde.

Tags darauf war die Entzündung viel geringer. Blutig seröses, geruchloses Sekret fliesst frei ab. 2 Tage nach der Operation Kürzung des Drains. Nach 5 Tagen war nur mehr sehr geringe Sekretion vorhanden. 23 Tage post oper. wurde der Patient mit völlig geschlossener Wunde geheilt entlassen.

Der Krankengeschichte fügt Cheyne noch einige Bemerkungen bei, denen folgendes entnommen sein soll: Die Vorteile der äusseren Incision bestehen in der unmittelbaren Erleichterung der Operation selbst, sowie besonders auch in der Möglichkeit einer antiseptischen Behandlung mit Drainieren des Abscesses, welch' letztere Punkte Cheyne als hauptsächlich wichtig hervorhebt bei der Behandlung von mit Wirbel-Erkrankungen zusammenhängenden Abscessen. Ausserdem betont er die Gefahrlosigkeit der Operation, da man mit

1) Watson Cheyne. Case of retropharyngeal abscess pointing in the pharynx, but opened by an incision behind the sterno-mastoid., cure. The medical Times and Gaz. 1881. Vol. II. Nr. 1626. S. 54.

dem Finger die Vorderseite der Wirbel abtasten kann, wobei die Gefässe nach vorn liegen und so ausser Gefahr sind.

Nach Watson Cheyne scheint das Verfahren der Incision der Retropharyngeal-Abscesse von der Aussenseite und zwar hinter dem Sterno-cleido-mastoideus für längere Zeit in Vergessenheit geraten oder wenigstens nicht ausgeführt worden zu sein, denn in der Litteratur der nächsten 10 Jahre findet sich keine nach obigem Verfahren ausgeführte Operation beschrieben. Im Jahre 1888 schlug dann Burckhard[1]), der die Eröffnung vom Halse aus „nirgends angegeben fand", gleichfalls diesen Weg ein, jedoch mittelst eines Schnittes am vorderen Rande des Kopfnickers. Er beschreibt sein Verfahren folgendermassen: „Macht man einen Schnitt entlang dem innern Rand des Muscul. sterno-cleido-mast. in der Höhe des Kehlkopfes durch Haut und Platysma, so trifft man in der Höhe des Schildknorpels zunächst auf die zur Schilddrüse verlaufenden Gefässe. Schiebt man diese nach aussen, so gelangt man zwischen diesen und dem Kehlkopf, indem man sich dicht an letzteren hält, in dem lockern Zellgewebe ohne Anwendung des Messers leicht bis an den inneren Umfang der Carot. comm. In dieser Höhe gehen von der letzteren an ihrem innern Umfang keine Zweige ab. Macht man jetzt in der Tiefe dicht neben dem Kehlkopf resp. dem untern Ende des Schlundkopfes mit dem Messer eine kleine Oeffnung in das bei Retrophyngeal-Abscessen dort verdichtete Zellgewebe und erweitert dieselbe mit einer feinen Kornzange oder einem ähnlichen Instrumente, so hat man sich einen bequemen Zugang zum retropharyngealen Raum geschaffen. Zuweilen trifft man auch unter dem Platysma auf eine grössere oder kleinere mit den Schilddrüsengefässen kommunicierende subkutane Vene, die vor dem Vordringen in die Tiefe am besten doppelt unterbunden und durchschnitten wird."

Burckhardt teilt dann im weiteren 3 von ihm nach dieser Methode operierte Fälle mit.

Der erste Fall betraf eine 29jährige Patientin mit im Munde sichtbarem und fühlbarem retrophar. Abscess. Incision. Drainage. Fieberloser Verlauf, doch bleibt der Drainkanal fistulös.

Im zweiten Fall handelte es sich um einen 7 Monate alten Knaben mit starken Atembeschwerden infolge von Retroph.-Abscess. Incision. Drainage. Sofortige Besserung der Atmung. Schluss der Wunde mit nicht auffälliger Narbe 24 Tage nach der Operation.

1) Ueber die Eröffnung der retropharyngealen Abscesse. Centralblatt für Chir. 1888. S. 57.

Beim dritten Fall handelte es sich um ein 26jähriges Dienstmädchen, das einen Glassplitter verschluckt hatte, der in den retrovisceralen Raum perforiert und dort einen Abscess hervorgerufen hatte. Der Glassplitter wurde mittelst des in die Abscesshöhle eingeführten Fingers aufgefunden und leicht extrahiert. Sechs bis sieben Wochen nach der Operation war die Wunde unter Drainagebehandlung geheilt.

Auch Burckhardt machte auf die Vorteile der äusseren Incision gegenüber der Eröffnung vom Munde aus aufmerksam und erklärte es für wahrscheinlich, dass die Prognose der sog. idiopathischen Abscesse sich noch günstiger gestalten werde, wenn die grossen und tief liegenden Abscesse der kleinen Kinder von aussen eröffnet werden. Dagegen suchte Bókai[1]) auf Grund der Mortalitätsstatistik einer grösseren Anzahl von idiopathischen Retroph.-Abscessen des Stefanie-Kinderspitals in Budapest darzuthun, dass der äusseren Eröffnung der idiopathischen Retrophar.-Abscesse „keineswegs der Vorrang vor der innern Eröffnung zugestanden werden kann". Doch giebt Bókai zu, dass bei der Incision vom Munde aus durch Aspiration des Eiters leicht Schluckpneumonieen entstehen können und dass doch diese Behandlung „dem Ideale der modernen Behandlung des Abscesses keineswegs entspreche". Da das Offenhalten der Incisionswunde bei der inneren Eröffnung, wie Bókai zugesteht, zweifellos schwer ist, so war es auch in einzelnen seiner Fälle nötig, die Incision selbst 4 mal an ein- und demselben Individuum auszuführen. Für die Operation der Abscesse spondylitischen Ursprungs oder bei den durch Fremdkörpern hervorgerufenen Retrophar.-Abscessen giebt auch Bókai der äusseren Incision das Vorrecht und „prognosticiert ihr eine Zukunft."

Seither ist das Verfahren von Chiene nur noch von Sacchi[2]) in 2 Fällen in Anwendung gezogen worden, der die Superiorität desselben betonte, da es die gefährliche Nähe der Halsgefässe gänzlich vermeide. Dagegen ist das Burckhardt'sche Verfahren in einer grösseren Reihe von Fällen von Kramer, Reverdin, Kummer und W. Meyer ausgeführt worden.

In dem Falle von Kramer[3]) handelte es sich um ein 4½jähriges,

1) „Sollen wir den idiopathischen Retropharyngeal-Abscess von innen oder von aussen eröffnen?" Pädiatrische Arbeiten von A. Baginsky. Berlin 1890. S. 371 ff.

2) Sacchi. Contributio alla cura degli ascessi retrofaringei. Gaz. degli ospit. 1892. Nr. 75. (Ref. Centralblatt für Chir. 1892. S. 846.)

3) Centralblatt für Chirurgie 1892. S. 233 ff.

früher schon wegen eines tuberkulös erkrankten Calcaneus operiertes Mädchen, das infolge eines in Höhe des III. und IV. Halswirbels befindlichen Retrophar.-Abscesses Atem- und Schlingbeschwerden hatte. Spaltung des Abscesses, vorsichtiges Abschaben seiner Wandung, Ausspülen mit Sublimatlösung. Es ist frei liegender Knochen zu fühlen. Tamponade mit Jodoformgaze. Vollständige Vernarbung nach $3^1/_2$ Wochen.

J. Reverdin[1]) hatte in 3 Fällen Gelegenheit, das Verfahren auszuführen. Die erste Operation wurde an einem 5jährigen Mädchen gemacht, das schon $^5/_4$ Jahre an einem Pott'schen Halsleiden mit Schiefhals litt und mit Dauer-Extension behandelt war. Nachdem sich die schiefe Stellung des Kopfes gebessert hatte, fand sich bei dem schon einigemale mit Erstickungsanfällen geplagten Kind ein ziemlich grosser Retroph.-Abscess. Dieser wurde vom Halse aus incidiert. Entleerung des Eiters. Extraktion der mit dem eingeführten Finger gefühlten Sequester und Abkratzung des ulcerierten Knochens. Tamponade mit Jodoformgaze, die nach 2 Tagen durch ein Drainrohr ersetzt wird; durch dieses werden Injektionen von Campher-Naphtol gemacht. Schluss der Wunde 9 Wochen nach der Operation und späterhin Ausheilung des krankhaften Processes am Wirbel.

Weniger günstig verlief der zweite Fall, doch war die Ursache des schliesslich eintretenden Todes die allgemeine Entkräftung, die den Pat. im Verlauf einer Lungentuberkulose (Cavernen waren schon vorhanden) heruntergebracht hatte. Durch die Operation war dem Patienten wenigstens wesentliche Erleichterung von seinen Atem- und Schluckbeschwerden geschaffen worden. Trotz Drainage und Irrigationen des Abscesses konnte der Krankheitsverlauf nicht aufgehalten werden, doch wurde Patient vorübergehend gebessert.

Auch der dritte von Reverdin operierte Fall, bei dem es sich um Caries des IV. Halswirbels („Depression und Druckempfindlichkeit zwischen III. und V. Halswirbel") handelte, war von einem unglücklichen Ausgang begleitet, indem der Patient am Tag nach der Operation starb.

In dem Falle von Kummer[2]) handelte es sich um eine Wirbelerkrankung mit Bildung eines Retropharyngeal-Abscesses. Die Patientin leidet seit 1 Jahr an Schmerzen am Hals. Beim Drehen des Kopfes nach links und bei Flexion der Halswirbelsäule hat Patientin Schmerzen; Druck auf den Kopf erzeugt keine Schmerzen am Hals. Incision des Absesses am vordern Rande des Kopfnickers; Entleerung des Eiters. Auskratzung der Höhle. Der Gelenkrand des IV. Halswirbels ist entblösst. Leichte Tamponade der Abscesshöhle, Naht der Endpartieen des Schnitts. Am 4.

1) De l'incision des abscès rétropharyngiens par la région antérolatérale du cou; procédé de Burckhardt. Revue méd. de la Suisse romande. 1895. Nr. 2. S. 87 ff.

2) Abscès rétropharyngien consécutif à une ostéite vertébrale. Incision antéro-latérale. Guérison. Revue méd. de la Suisse romande. Nr. 3. 1895. S. 158.

Tage nach der Operation Jodoformöl-Injektionen. Heilung der Wunde nach 6 Wochen. Bei einer Untersuchung der Patientin 9 Monate nach der Operation ist das Schlingen frei: ebenso die Bewegungen der Halswirbelsäule. Kein Recidiv.

W. Meyer[1]) hatte in 4 Fällen Gelegenheit, die Incision der Retropharyngealabscesse vorzunehmen.

Im 1. Fall bekam ein 46jähriger Mann im Anschluse an ein Erysipel der Nase, des Pharynx und des Gesichts einen grossen Retropharyngeal-Abscess, so dass er schliesslich selbst nichts Flüssiges mehr zu sich nehmen konnte. Trotz einer Pneumonie des rechten Unterlappens mit Rücksicht auf die Indicatio vitalis Operation in Chloroformnarkose. Irrigation, Drainage und antiseptischer feuchter Verband. Der Abscess ging wohl von den durch das Erysipel inficierten praevertebralen Lymphdrüsen aus. Unmittelbar nach der Operation und bis zu dem 2 Tage nach dieser eingetretenen Tode konnte Patient schlucken. Er starb an der aus der Pneumonie hervorgehenden Herzschwäche.

Im 2. Falle wurde ein 4 Jahre alter Knabe mit einem ziemlich hoch sitzenden, einen grossen Teil des Nasen-Rachen-Raums einnehmenden Retropharyngealabscess eingeliefert. Patient hatte Atembeschwerden, heisere Stimme. Incision nach Burckhardt, Entleerung tuberkulösen Eiters. Vorsichtige Abkratzung des vom Periost entblössten IV. Wirbelkörpers mit dem scharfen Löffel. Sublimatirrigation, Ausspritzung mit Jodoformätherlösung. Drainage. Antiseptischer Verband. Glisson'sche Schlinge. Die Drainröhre war bis zum nächsten Tag aus dem Abscess herausgegleitet, wurde nicht mehr eingelegt. Schluss der Wunde nach 6 Wochen. Einige Wochen später brach diese wieder auf. Wiederholte Auskratzung des cariösen Wirbelteils. Bald darauf definitiver Schluss der Wunde.

Der 3. Fall betraf ein 18 Monate altes Kind, tuberkulös erblich belastet. Retropharyngealabscess mit Cyanose. In der Nacht vor der Operation war Eiter durch die Nase abgeflossen. Operation in Chloroformnarkose. Nach der Incision ging kein Eiter ab, da dieser in der Nacht und während der Operation abgeflossen war. Entfernung tuberkulöser Granulationen mit dem Messer. Kein blosser Knochen. Jodoformierung der Höhle. Keine Irrigation wegen der mit dem Schlund bestehenden Kommunikation. Drainage. Jodoformgazetamponade. Nach einigen Stunden normale Atmung. Definitiver Schluss der Wunde 45 Tage nach der Operation. Heilung ohne Steifheit des Halses.

Der 4. Fall betraf ein 7 Wochen altes Kind mit zeitweiser Atmungs-Störung infolge eines Retropharyngealabscesses. Operation in Chloroformnarkose. Nach der Incision floss viel Eiter aus. Wirbel nicht beteiligt. Desinfektion, Drainage, Tamponade, antiseptischer Verband. Gazetampons

1) Incision of retropharyngeal abscess according antisept. principels from the neck. American med. surg. Bulletin. April 4. 1896.

am 6., Drain am 13. Tage entfernt. Wunde nach 5 Wochen definitiv geschlossen.

Fassen wir zusammen, was uns die vorliegenden Erfahrungen lehren, so kann darüber gar kein Zweifel mehr bestehen, dass bei der Eröffnung sämtlicher Retropharyngeal-Abscesse die Incision vom Halse aus unbedingt den Vorzug verdient vor der Incision vom Munde aus. Denn nur die erstere Methode vermag den Schutz der aseptischen Wundbehandlung nebst freier Sekretentleerung durch Drainage u. s. f. zu gewähren.

Gilt diese Regel schon in vollem Umfange für die idiopathischen Retropharyngeal-Abscesse, so muss für die Operation der tuberkulösen, mit Spondylitis zusammenhängenden Retropharyngeal-Abscesse mit noch mehr Recht die äussere Incision gefordert werden, denn hier treten die Vorteile der äusseren Incision ganz besonders hervor. Während bei der Incision vom Munde aus die völlige Entleerung des Abscesses unter Umständen gar nicht möglich ist, kann hier bei der äusseren Incision sämtlichen Anforderungen genügt werden, die wir auch bei der Behandlung osteopathischer Abscesse an andern Körperteilen stellen: die Möglichkeit der Aspiration, der aseptischen Incision, Ausspülung, Injektion von Desinficientien, Tamponade, Drainage, kurz: der Anwendung sämtlicher antiseptischen und aseptischen Vorkehrungen, wie sie bei jeder Wundbehandlung pflichtgemäss gefordert wird.

Es ist bekannt, dass dem Jodoform eine direkt antituberkulöse Wirkung zugeschrieben wird, und diese Annahme wird bestätigt und begründet durch den guten Erfolg, den wir bei der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit Injektionen von Jodoformöl oder Jodoformglycerin erzielen. Wir sehen, wie diese „konservative Behandlung" mit Recht mehr und mehr Boden gewinnt, weshalb soll dann diese Behandlung nicht ebenso berechtigte Anwendung finden bei tuberkulöser Spondylitis? Sitzt der erkrankte Herd an der Halswirbelsäule, so ist die obige Therapie aber einzig möglich bei Eröffnung des spondylitischen Abscesses von aussen her. Wird der Abscess vom Munde aus eröffnet, so ist nicht nur die Injektion mit Jodoformglycerin und die Ausspülung mit antiseptischen Flüssigkeiten unmöglich, sondern es wird auch, wenn überhaupt genügend freier Abfluss vorhanden ist, der secernierte Eiter in die Luftwege aspiriert werden und leicht zu Aspirations-Pneumonieen Veranlassung geben können. Bei der durch die äussere Incision ermöglichten Tamponade und Drainage wird durch den geschaffenen freien Abfluss

für günstigeren Verlauf des Krankheitsprozesses gesorgt.

In vielen Fällen von Retropharyngeal-Abscessen lässt sich a priori nicht mit Sicherheit bestimmen, ob der Abscess nur von Erkrankung der retropharyngealen Drüsen ausgeht oder ob dem Leiden eine Erkrankung der Wirbelkörper zu Grunde liegt. In diesen Fällen kann die sichere Diagnose nur mit Hilfe der äusseren Incision gestellt werden; wir können nach Ausführung dieser Operation mit dem Finger in die Abscesshöhle eingehen, eventuelle cariöse Stellen der Wirbelkörper sicher erkennen und, wenn es sich dann thatsächlich um tuberkulöse Wirbelerkrankung handelt, ist es uns ein leichtes, mit dem scharfen Löffel unter Anwendung der nötigen Vorsicht die cariösen Stellen abzukratzen und schlechte Granulationen oder etwaige Sequester aus der Abscesshöhle zu entfernen, welche Behandlung, so unumgänglich notwendig sie auch ist, bei der früher geübten Incision vom Munde aus unmöglich durchgeführt werden konnte. Weiterhin sei bei der Incision solcher Abscesse vom Munde aus auf die Gefahr aufmerksam gemacht, die die weitere Sekretion der tuberkulösen Abscesse für den Respirations- und Verdauungstractus mit sich bringt.

Von gleicher Bedeutung wie für die Behandlung der durch Spondylitis hervorgerufenen Retropharyngeal-Abscesse ist die äussere Operationsmethode in den Fällen, wo es sich um einen Retropharyngeal-Abscess handelt, der beim Verschlucken eines Fremdkörpers durch Perforation desselben in den retropharyngealen Raum entstanden ist. Bei der Incision des Abscesses vom Munde aus wird in solchen Fällen sich namentlich auch die Unmöglichkeit oder wenigstens die grosse Schwierigkeit geltend machen, den Fremdkörper selbst vom Munde aus zu entfernen. Mittelst der äusseren Incision wird es leichter gelingen, dem Fremdkörper in genügender Weise beizukommen und ihn zu extrahieren.

Es erübrigt noch, das Chiene'sche und Burckhardt'sche Verfahren, also die Eröffnung hinter und vor dem Kopfnicker mit einander zu vergleichen. Man braucht nur die Beschreibung der Operation nach diesen beiden Verfahren zu vergleichen, um sich zu überzeugen, dass das Chiene'sche Verfahren durch die Einfachheit und überraschende Leichtigkeit der Ausführung sowie seine Ungefährlichkeit ganz entschieden überlegen ist, wie sich dies namentlich auch in dem letzten in der v. Bruns'schen Klinik operierten Fall gezeigt hat.

In der Nähe grosser und wichtiger Gefässe des Körpers zu

1) S. oben.

operieren, erfordert doppelte Vorsicht von Seiten des Operateurs und wenn dasselbe Ziel auf einem ungefährlicheren Wege zu erreichen ist, so wird er diesem Weg den Vorzug geben. Ist eine möglichst rasche Erreichung des Zieles von besonderem Wert, wie dies bei den Retropharyngeal-Abscessen infolge bestehender starker Atemnot nicht so selten der Fall sein dürfte, so wird das gefahrlosere Verfahren um so willkommener sein. In der That zeigt uns die Beschreibung der Operation von Burckhardt, dass diese Methode durch die Blosslegung sowohl der Schilddrüsengefässe als namentlich auch der Carotis comm. ganz besondere Vorsicht und Sorgfalt verlangt. Weiterhin scheint mir diese Methode auch im ferneren Verlauf und der weitern Behandlung der Abscesse in so fern noch zu wünschen übrig zu lassen, als Drainage und Tamponade an den Gefässen vorbeigeführt werden, der weiter secernierte Eiter an diesen Gefässen passieren muss und leicht längs der Gefässe sich senken und zu weiteren, unberechenbaren Komplikationen Veranlassung geben kann.

In unserem nach Chiene'schem Vorgang operierten Fall war die Operation überraschend schnell und leicht auszuführen. Von dem Cervicalnerv, der sich bequem schonen liess, abgesehen bekam man gar keine weitere Nerven oder Gefässe zu Gesicht, selbst die Vena jugul. nicht, trotzdem man vollen Einblick in die Abscesshöhle hatte. Schliesslich ermöglicht noch die Chiene'sche Methode eine primäre, nur für ein dünnes Drainrohr Platz lassende Hautnaht, was bei der Burckhardt'schen Operation nicht so gut möglich ist, da man es bei dieser Operation auch mit einem von der Oberfläche der Incisions-Stelle tiefer gelegenen Abscess zu thun hat, als bei der Chiene'schen Methode. In der That ersehen wir aus einem Vergleich der nach den beiden Verfahren operierten Fälle, dass im Durchschnitt der definitive Schluss der Wunde, so weit sich dies aus den Angaben berechnen liess, bei dem Verfahren von Chiene bedeutend früher erfolgte, als bei der Burckhardt'schen Operationsmethode.

Aus all' diesen Gründen ersehen wir, dass die von Chiene angegebene Methode der Eröffnung der Retropharyngeal-Abscesse vom hintern Kopfnicker-Rand im allgemeinen allen andern bisher beschriebenen Operationsmethoden vorgezogen zu werden verdient.